

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 146

LES
KYSTES DERMOÏDES
DU MÉSENTÈRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1932

PAR

Marc-Marie SIGNAC

Né à SAINT-PRIVAT-DES-PRÉS (Dordogne), le 12 septembre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		SABRAZÈS, professeur.....	Juges.
		CHARRIER, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 146

LES

KYSTES DERMOÏDES DU MÉSENTÈRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1932

PAR

Marc-Marie SIGNAC

Né à SAINT-PRIVAT-DES-PRÉS (Dordogne), le 12 septembre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	{	Président.
		SABRAZÈS, professeur.....		Juges.
		CHARRIER, agrégé.....		
		JOULIA, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURÂTET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annex. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....	Clinique dentaire.....		

MM. { CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

FERDINAND BIROT-BREUILH

*Officier de la Légion d'honneur,
Conseiller à la Cour de cassation.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Mort pour la France le 3 avril 1915.*

Enlevé trop tôt à mon affection et
dont les vertus seront l'exemple de ma
vie.

A MA MERE

Je dédie cet ouvrage, faible témoi-
gnage de ma profonde reconnaissance
et de ma tendresse infinie.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

1925-1926 : MM. MICHELEAU, RABERE.

1926-1927 : MM. LOUBAT, CHARRIER.

1927-1928 : MM. ROCHER, RIVIERE, CRUCHET.

1928-1929 : MM. PORTMANN, TEULIERES, ABADIE, PET-
GES, GUYOT, DUVERGEY.

1929-1930 : MM. CHAVANNAZ, VERGER (*in memoriam*),
BEGOUIN, CASSAET.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES JUGES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN

*Professeur de la clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Correspondant national de l'Académie de Médecine,

Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,

Officier de la Légion d'honneur,

Officier de l'Instruction publique.

MOM CHER MAÎTRE,

Je vous remercie du bienveillant enseignement que j'ai reçu dans votre service.

Permettez-moi aujourd'hui de vous exprimer ma gratitude pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse.

LES

KYSTES DERMOÏDES

DU MÉSENTÈRE

INTRODUCTION

Notre intention, en écrivant les pages qui suivent, a été surtout de faire un travail de révision sur la question des *kystes dermoïdes du méésentère*.

Après avoir résumé en quelques lignes les données actuelles concernant ces tumeurs, nous nous sommes efforcé de rassembler les observations qui ont été publiées dans les littératures médicales françaises et étrangères.

Nos recherches ont été aussi minutieuses que possible, et, malgré quelques difficultés, nous pensons avoir fait un travail assez complet, uniquement en tant que révision.

Nous avons tenu, en particulier, à établir une bibliographie suffisamment détaillée qui permette de trouver les renseignements dont on pourrait avoir besoin et qui ne se trouvent point au complet dans ce modeste travail.

HISTORIQUE

Dans la littérature médicale, on ne trouve pas la trace des kystes dermoïdes du mésentère jusqu'en 1821. A cette époque, Cruveilhier, dans une communication à la Société Anatomique, signale que Dupuytren en aurait vu un cas, mais il n'en rapporte pas l'observation.

En 1829, Andral, dans son *Précis d'Anatomie pathologique*, en publie un cas, et encore n'est-ce qu'une découverte d'autopsie.

Augagneur, dans sa thèse d'Agrégation (Paris, 1886) : *Les tumeurs du mésentère*, signale l'observation rapportée par Dirkinson.

Braquehay, en 1892, dans les *Archives Générales de Chirurgie*, en rassemble 9 cas.

Bégouin, en 1898, dans la *Revue de Chirurgie*, nous renseigne surtout sur le traitement chirurgical.

Houzel (de Boulogne), en 1909, publie le cas d'un kyste dermoïde chez un enfant (Soc. de Chir., Paris, 1909).

Launay, en 1910, rapporte l'observation de Schmidt (de Nice). (Soc. Chir., Paris, 1910).

Federmam, dans le *Journal de chirurgie* de 1909, cite un cas opéré et guéri.

Houzel (de Boulogne), dans les *Archives provinciales de chirurgie*, en fait une étude et rassemble 17 observations, parmi lesquelles une de Kuster, douteuse, la nature dermoïde de la formation n'ayant pas été démontrée.

Kirmisson, en 1912, à propos de la communication de Soubeyran à la Société de chirurgie, signale le fait publié par

Deaver (de Philadelphie), traité par l'ablation totale de la poche.

Dans les *Archives générales de chirurgie*, d'octobre 1912, Pakowski fait un travail très documenté sur les kystes dermoïdes du mésentère. Il publie à la fin de son article les observations qu'il a recueillies jusqu'à cette date et en dénombre 31 cas.

Depuis le travail de Pakowski, nous nous sommes efforcé de rechercher dans la littérature médicale française et étrangère, les observations de kystes dermoïdes du mésentère. Nous en avons rassemblée 49, que nous publions à la fin de notre travail.

Aussitôt après Pakowski, Magne (Charles), dans sa thèse de Montpellier (1912), rapporte l'observation inédite de Soubeyran.

En janvier 1913 Latronche, dans le *Journal scientifique et médical de Poitiers*, en publie un cas.

Thévenard, en 1913, à la Société de chirurgie de Paris, signale une observation de volvulus de l'iléon déterminé par un kyste dermoïde du mésentère.

Dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, d'avril 1921 (Rapport de J. Ocziñzyc), Naudrot en rapporte une observation nouvelle.

Tédenat, en 1922, en signale deux cas inédits à la Société de chirurgie.

Enfin, en juillet 1930, Charrier et Traissac font connaître, dans le *Bordeaux chirurgical*, un cas opéré et guéri.

À l'étranger, depuis le travail de Pakowski, les observations nouvelles de kystes dermoïdes du mésentère ne sont pas rares et nous les avons rassemblées.

En Allemagne, Wilhems, en 1913, en signale un cas (*Beitrag zur Klinisch chir.*). Il s'agit d'un kyste dermoïde du méso-appendice, mais la nature en est discutée.

Cornils, en 1920, dans le *Deutsches Schriftung von chirurgie*, de Leipzig, en rassemble huit observations, mais qui sont toutes sauf deux, des trouvailles d'autopsie.

En Italie, Ceruti, en 1922, et Piermarini, en 1925, en communiquent chacun une observation.

En Amérique du Sud, Pardo Castello, en 1913, en publie un cas, et Ciarlo, en 1927, en cite un autre.

Nous terminons cet exposé historique en signalant que les observations publiées en allemand ont été traduites par nous-même.

ETIOLOGIE

L'influence du sexe n'est pas douteuse, et il apparaît que les kystes dermoïdes du mésentère sont plus fréquents chez les femmes : ainsi, sur 43 observations que publions, il y a :

30 femmes;

12 hommes ;

3 cas où le sexe n'est pas spécifié.

Elle se rencontre fréquemment dans l'enfance (Obs. XXIV, XXV, XXXIII, XXXV, XLIV); dans l'adolescence, il ne sont pas rares, mais il faut attendre l'âge adulte pour voir leurs cas plus nombreux.

Entre 20 et 40 ans (Obs. I, II, III, IV, XIII, XX, XXI, XXII, XXIII, XXVI, XXXI, XXXIX, XL, XLI).

Après 40 ans (Obs. : V, IX, X, XI, XII, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXX, XXXII, XXXIV, XXXVIII, XLII, XLV).

L'hérédité semble avoir été retenue par certains auteurs, de même que l'influence des accidents survenus pendant la gestation et les traumatismes.

PATHOGENIE

Nous citerons simplement ici les diverses théories embryologiques qui ont expliqué l'origine de ces formations anormales. Nous renvoyons pour les détails au travail de Pakowski où elles sont énoncées et discutées.

1° Théorie du néoplasme ou de l'hétérotopie plastique (Lebert, 1862);

2° Théorie de l'inclusion fœtale abdominale (Répin, thèse Paris, 1891);

3° Théorie de la grossesse extra-utérine;

4° Théorie de l'enclavement;

5° Théorie de la parthénogénèse;

6° Théorie de la cellule blastomérique.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Siège. — Dans n'importe quelle partie du mésentère, mais il y a toujours un espace libre de 1 centimètre ou 1 cm. 1/2 entre la tumeur et le bord intestinal. Il faut ajouter qu'il existe constamment un plan de clivage entre les lames du méso et la tumeur.

Volume. — Celui-ci peut varier de la grosseur d'une noix à celle de la tête d'un nouveau-né, mais jamais plus.

Forme. — Là il faut noter l'existence de kystes simples et les kystes pédiculés. En général, ils sont ronds si ce sont des kystes simples, ou de forme arrondie. S'ils sont pédiculés, leur pédicule est de longueur variable, mais jamais plus de 20 centimètres.

Nombre. — En général, ces kystes sont uniques, mais il faut noter la coexistence de tumeurs de même nature situées sur les ovaires. Dans notre observation XXXIII, à l'intérieur du kyste dermoïde proprement dit, se trouvaient deux kystes mucoïdes.

Contenu.

a) Dans les kystes simples, on trouve, la plupart du temps, une matière sébacée, à consistance de « purée de pois » jaunâtre et un peu poisseuse. Souvent aussi il semble qu'ils soient en partie remplis d'une matière huileuse qui, lorsqu'on la met dans de l'eau, surnage. En outre, la plupart de nos observations montrent la présence de poils, de cheveux (blonds chez la négresse de l'observation VI), de dents, soit libres, soit implantées dans la paroi.

b) Dans les kystes composés, on trouve des os, du cartilage, des éléments de système nerveux, du tissu musculaire lisse, du tissu lymphatique.

Au point de vue histologique, la plupart du temps, la paroi est tapissée d'épithélium pavimenteux.

SYMPTOMATOLOGIE

Elle est toujours, à peu de chose près, la même. Il faut d'abord noter que ces kystes peuvent rester une période plus ou moins longue à l'état latent, demeurer indolores et inaperçus par le malade lui-même. Leur siège, dans le paquet d'anses intestinales, la plupart du temps, au-dessous de celles-ci, explique leur découverte souvent tardive, et l'on a souvent signalé ces caractères en décrivant une forme latente des kystes du mésentère.

La révélation se fait soit au hasard d'un palper abdominal, à moins que la malade, elle-même, (c'est le plus souvent une femme), n'en fasse la remarque; dès ce moment, en effet, le kyste peut présenter des dimensions importantes qui déforment la taille et augmentent le volume de l'abdomen.

S'il existe des kystes indolores, il en est cependant qui éveillent l'attention du malade par des *douleurs* auxquelles ils donnent lieu en tirillant les plexus mésentériques. Douleurs abdominales, quelquefois sourdes et supportables, souvent violentes, réveillées par la fatigue, certaines positions. Les phénomènes ont parfois une telle acuité qu'ils rappellent le « coup de poignard de la perforation ou de la rupture » (forme douloureuse).

Leur *localisation* est aussi très variable : le malade se plaint du ventre, de la région épigastrique, sans pouvoir préciser le point exact du maximum de la douleur. Souvent aussi la localisation est plus nette, bien délimitée, et faisant songer, par son siège, à une affection bien différente : appendicite, annexite... La douleur au point de Mac Burney n'est pas rare (obs. II).

Les crises douloureuses durent quelquefois plusieurs heures, plusieurs jours, puis se calment. Après une période plus ou moins longue de repos, elles reprennent puis s'arrêtent à nouveau pour revenir plus tard (obs. IV).

Quelquefois aussi, sans prodromes, sans signes précoces, les *accidents d'obstruction* surprennent le malade. Accidents survenant par aplatissement de l'anse intestinale de voisinage, phénomènes d'occlusion par volvulus de l'anse qui porte la tumeur, ou bien, plus rarement, par invagination de cette anse. Ces accidents se traduisent par de la constipation, du ballonnement du ventre (forme dyspeptique) ou bien par l'arrêt complet des matières et des gaz et par des vomissements (forme occlusive).

Ces troubles divers ne sont pas sans avoir une influence sur l'état général du malade. L'amaigrissement en est une des principales conséquences (obs. I, II, V, ...).

Dans quelques cas, on a signalé des *troubles menstruels*; dysménorrhée, aménorrhée que l'on a essayé d'expliquer par l'anémie des organes pelviens dus à la compression de l'aorte (Bracquehay) (obs. IV).

Signes physiques. — A ce stade de son développement, le kyste du mésentère traduit la présence de signes physiques, les seuls permettant quelquefois d'entrevoir le diagnostic préopératoire.

La tumeur peut être décelée par la seule inspection de l'abdomen. On constate alors une saillie médiane, paraombilicale (ventre en obusier). Cela n'est pas constant, car il faut encore que la tumeur ait un volume suffisant et soit assez émergeante du paquet d'anses intestinales pour bomber la paroi abdominale.

Nous citons ici une définition de Pakowski, qui résume les caractères fournis par l'inspection : « Les kystes dermoïdes du mésentère entraînent une déformation asymétrique du ventre proportionnelle à leur volume, et le siège de cette déformation est fonction de leur localisation dans le mésentère. » Ajoutons que la contraction des muscles de la paroi

fait disparaître la voussure. Dans les signes fournis par l'inspection, Houzel signale le développement du réseau veineux sous-cutané de la région ombilicale.

On n'a jamais constaté de déplissement de l'ombilic.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie, de volume variant de celui d'une noix à celui d'une tête de nouveau-né, jamais plus; elle est globuleuse, régulière la plupart du temps, mais faisant sentir parfois des bosselures. La consistance est en élastique et tendue plutôt que molle et fluctuante (Tillaux), mais jamais dure. Lexer, par le palper, aurait eu la sensation d'un os inclus dans le kyste. C'était un kyste rétropéritonéal.

On a décrit des *signes spéciaux* fournis par la palpation : c'est ainsi que Terrillon a décrit la transmission des battements de l'aorte par la tumeur jusqu'à la main exploratrice. Décès, cité par Lannelongue et Achard, parle d'un ballottement produit par les divers éléments embryonnaires contenus dans le kyste.

Un des caractères de ces tumeurs est leur *mobilité*; surtout dans le sens transversal, mais très peu ou pas du tout dans le sens longitudinal : c'est un signe très spécial sur lequel ont insisté les auteurs. D'après Kirmisson et Tuffier, la mobilité des kystes dépend de leur point d'origine. Et là il faut distinguer entre les kystes intramésentériques et les kystes pédiculés.

a) Pour les *kystes intramésentériques*, la recherche doit se faire dans le sens transverso-bilatéral (Saconaghi, *Diagnostic des tumeurs abdominales*). Plus la tumeur est proche de l'attache vertébrale du méso, moins grande sera la mobilité;

b) Pour les *kystes pédiculés*, la mobilité est bien plus considérable : c'est ce qu'on a appelé « la mobilité spontanée ». On recherchera la « mobilité respiratoire axiale » (Saconaghi). Un autre caractère est l'absence « de fixabilité respiratoire » (Minkowski), qui appartient aux tumeurs adhérentes au diaphragme.

La percussion donne, en général, une matité franche au niveau de la tumeur, mais cette matité est parfois traversée par une bande de sonorité due à l'interposition d'une anse grêle.

Enfin, chez certains malades, l'examen révèle de la douleur; chez d'autres, l'exploration est indolore.

Ajoutons à cet exposé que les *signes radioscopiques* permettent quelquefois de localiser la tumeur, surtout si celle-ci contient des formations embryologiques, en particulier des éléments cartilagineux ou osseux. Nous avons trouvé dans un article anglais de Ball (*Ann. J. Roentgenol.*, 1917) les principes de la recherche radiographique de ces kystes et, malgré sa difficulté, quelques signes particuliers à ces tumeurs.

DIAGNOSTIC

Il faut d'abord éliminer les tumeurs de la paroi abdominale, ce qui est facile en faisant asseoir puis coucher le malade lentement, sans l'aide de ses mains : on obtient ainsi une bonne contracture musculaire et, derrière cette paroi rendue rigide, le palper ne découvre plus la tumeur.

Quant aux autres tumeurs abdominales, on peut quelquefois, grâce à leur manque de mobilité, écarter le diagnostic des tumeurs ou kystes du pancréas ou rétropéritonéaux; on peut encore, grâce à leur fixité relative par rapport au pelvis, éliminer les masses d'origine génitale. Mais comment trancher le problème (vu surtout la rareté des kystes du mésentère) dans les cas de kystes épiploïques, adénome pédiculé du foie, tumeur exogastrique, etc.

La réaction de Weinberg-Parvu éliminera les kystes hydatiques si elle est négative.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution est lente, présente parfois des périodes d'accélération (évolution à secousses). Cette tumeur, bénigne en elle-même, est cependant *maligne* de par son pronostic, car, sans parler des *complications* possibles — *infection secondaire*, *rupture* sans infection (péritonite chyleuse ou séreuse) ou avec infection (péritonite purulente), *occlusion intestinale* — les troubles digestifs ne vont qu'en s'accroissant et une dénutrition plus ou moins rapide amène la mort du malade dans la *cachexie* ou autre infection surajoutée : nombre de nos observations font remarquer la coïncidence de la tuberculose pulmonaire (obs. X, XI, XII, XIII).

Nous ajoutons que le pronostic des kystes du mésentère commande l'intervention.

TRAITEMENT

Trois procédés chirurgicaux, car les kystes dermoïdes relèvent de la chirurgie seule, ont été employés.

1° *La ponction*. — Qu'il nous suffise de citer la phrase de Bégouin dans la *Revue de chirurgie*, 1898 : « L'insuccès de la ponction paraît devoir tenir à ce qu'elle a été employée indistinctement à toutes les variétés de kystes du mésentère. Dans les kystes chyleux et les kystes multiloculaires, son échec est presque certain. Il est assuré dans les kystes dermoïdes. »

2° *La marsupialisation*. — Nous publions quelques observations où cette technique chirurgicale a été employée. Il ressort de la lecture des suites opératoires que c'est une intervention qui, au point de vue résultats éloignés, donne surtout des déboires : les fistules, en particulier, sont longues à guérir et font de l'opéré un véritable infirme.

3° *L'extirpation* semble, à cause de la perfection actuelle de la chirurgie, le procédé de choix et les résultats en sont excellents. Il y a cependant quelques risques : pratiquement la blessure des gros vaisseaux mésentériques. En effet, les connexions avec l'intestin (kystes entéroïdes), quand elles subsistent ou quand elles sont de formation récente (inflammation péri-kystique), se laissent détruire aisément. Mais le grand danger consiste à crever les vaisseaux du mésentère aux alentours de la tumeur elle-même. On court le risque de blesser une des grosses branches mésentériques et de provoquer la gangrène d'un segment important de l'intestin : en cas de doute, il vaut mieux réséquer la portion intestinale menacée.

Les quelques statistiques opératoires sanctionnent ces données.

Tableau synoptique des interventions et de leurs résultats.

PONCTION		MARSUPIALISATION		EXTIRPATION	
Observations	Résultat	Observations	Résultat	Observations	Résultat
XXX	Guérison et fistule	XXI	Guérison et fistule	I	Guérison
		XXXI	Guérison et fistule	II	»
		XXXII	Mort	III	»
		XXXIII	Guérison et fistule	IV	»
		XXXIV	Guérison	V	»
		XXXV	Guérison et fistule	XVII	»
				XIX	Mort
				XX	Guérison
				XXII	»
				XXIII	»
				XXXVI	?
				XXXVII	Guérison
				XXXVIII	»
				XXXIX	»
				XL	Guérison et fistule
				XLI	Guérison
				XLII	Mort
				XLIII	Guérison
				XLIV	»
				XLV	»

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

TRAISSAC et CHARRIER (*Bordeaux Chirurgical*, juillet 1930).

L... (J.), 26 ans, entre dans le service de M. le Docteur Charrier sur les conseils de M. le Docteur Carles pour tumeur abdominale extrêmement mobile.

C'est au cours d'un état grippal assez bénin que la malade a été prise d'un malaise général avec troubles abdominaux : pesantier au niveau de la région épigastrique, état nauséux persistant, gargouillements sans colique ni diarrhée. Ces troubles sont assez importants pour l'obliger à suspendre son travail de cuisinière. Le médecin consulté à ce moment constate la présence d'une masse abdominale pour laquelle il lui conseille d'entrer immédiatement à l'hôpital.

L'examen à l'entrée montre une jeune femme un peu amaigrie. Les troubles abdominaux persistent, mais vont céder rapidement à un traitement approprié (lavements). L'inspection n'indique rien de spécial, peut-être une légère voussure au niveau de la région paraombilicale droite.

La palpation met très facilement en évidence une petite tumeur arrondie lisse, rénitente, du volume du poing environ, extrêmement mobile dans tout l'abdomen. Elle est un peu douloureuse et submate à la percussion.

Rien à signaler dans les autres appareils.

Dans ses antécédents, un seul point à retenir : la malade a vécu longtemps à la campagne dans les Landes avec des chiens. Cependant le Weinberg-Parvu est négatif.

Opération (le 25 janvier 1930). — Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Exploration. — On trouve la tumeur dans le flanc gauche. Elle

se présente sous la forme d'une masse arrondie, lisse, de couleur rosée, rénitente, du volume d'une mandarine. Les parois paraissent épaisses et un peu blanchâtres par endroits. Son pédicule, long de 4 centimètres environ, s'insère sur la face gauche du mésentère, près de la base. La convexité de la tumeur est adhérente à l'axe intestinal.

Ces adhérences sont très légères et facilement libérés. On décoritue la tumeur : on dégage son pédicule qui est suturé. Péritonisation. Le tout sans la moindre difficulté.

Les suites opératoires sont excellentes. La malade sort guérie le 14 février.

Examen de la tumeur. — À l'incision de la tumeur il s'échappe un liquide blanc jaunâtre, crémeux, paraissant formé de petites gouttelettes graisseuses. Les parois sont épaisses de 3 à 4 millimètres. Elles sont assez régulières et recouvertes par endroits par un enduit sébacé très net. Pas de papilles, aucune formation pileuse, ossense ou cartilagineuse.

Examen histo-bactériologique du liquide (Prof. Mauriac). — Matière sébacée. Substance constituée par des amas inorganisés de gouttelettes graisseuses et de cristaux acides gras. Absence de cellules et de formes microbiennes.

Examen histologique des parois (Prof. Sabrazès). — Formations lymphoïdes. Nœuds agminés, de tissu lymphocytaire. On ne voit ni follicules ni glandes sébacées.

OBSERVATION II.

(NAUDROT, 1921, *Société de chirurgie*, Paris, 1921;
Rapport de M. OCKINZYC.)

Ch..., 24 ans. Aucun antécédent spécial : a commencé à souffrir du ventre dans la région *appendiculaire* il y a dix mois. N'a pas de crises véritables. C'est une douleur sourde, capricieuse, exagérée par les mouvements, la fatigue.

L'examen détermine une douleur assez vive un peu en dedans de la région *appendiculaire* classique. La paroi abdominale étant

grasse et résistante, on ne perçoit rien de spécial à la palpation. On fait le diagnostic d'appendicite chronique.

Intervention. — Incision un peu en dehors du bord externe du droit. L'appendice est situé un peu en dedans et un peu en arrière du cæcum. On parvint difficilement à l'attirer au dehors.

Il est gros, assez rigide et coudé à sa partie moyenne. En l'extériorisant on s'aperçoit que son méso est dédoublé à sa partie externe et supérieure par une masse jaunâtre du volume d'une grosse cerise qui remonte jusqu'à l'iléon qui a coudé l'appendice et qui empêche ce dernier de venir librement au dehors.

Incision du feuillet péritonéal antérieur. On réussit péniblement à séparer la masse du feuillet péritonéal postérieur, surtout en dedans où la consistance de la tumeur est beaucoup plus dure que partout ailleurs. On réussit à avoir la tumeur en totalité et on oblitère la cavité qu'elle avait creusée dans le méso-appendice. Ablation de l'appendice, fermeture de la paroi.

Cette tumeur est constituée par une poche assez mince qui contient :

- 1° une matière jaunâtre épaisse comme du mastic et grasse;
- 2° un poil;
- 3° un fragment d'os du volume d'un petit pois mais irrégulier comme forme.

OBSERVATION III.

(TÉDENAT, *Société de chirurgie*, mars 1922.)

Kyste dermoïde du méso iléo-cæcal. — Excision.

Réunion immédiate.

G... (Marie), 26 ans, vierge, bien réglée, adressée par le Docteur Dussaud de Nîmes le 10 mai 1907, avec renseignements suivants : 5 février 1907, après la fin des règles normales, douleur subite dans le bas-ventre avec nausées. Distension abdominale surtout à droite, facies grippé. Après vingt-quatre heures, les douleurs se fixent dans la région cæcale, se calment après trois jours et on sent une tuméfaction dure, mal limitée et distension gazeuse du cæcum. Pouls : 100-110. Température 38°3 Mx.

Du 15 au 22 mars : Crise analogue.

Du 18 au 22 avril : *Idem*.

Etat de la malade le 11 mai : Malade maigre, constipée, saillie du volume d'un poing dans la fosse iliaque droite, duré, arrondie, légèrement mobile dans le sens transversal, moins dans le sens vertical. A sa partie externe est le cæcum distendu, gargouillant sous la pression. Exploration indolore. Utérus et annexes normaux.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire droit fixé au voisinage du cæcum avec pédicule tordu.

Opération (le 15 mai). — Ether. Laparotomie médiane. Tumeur attirée vers la ligne médiane avec le cæcum qui suit. Une artère occupe la partie supéro-externe de la tumeur et se dirige vers le bas du cæcum (a. iléo-cæcale). Incision du péritoine, décollement de celui-ci, mais en raison de son adhérence à la tumeur, obligation de couper dans la tumeur. On arrive sur un pédicule long de 5 cm., large de 3 cm., aplati et portant une artère : on respecte celle-ci et on ligature le pédicule. Guérison.

Examen de la tumeur. — Poids 452 gr., arrondie, consistance pâteuse un peu dure. Constituée par une poche épaisse de 5 à 7 millimètres. Suivant les points et contenant une bouillie consistante gris jaunâtre mêlée de nombreux poils. Les plus longs ont de 5 à 6 centimètres. La plupart 1 ou 2 centimètres. Sur la partie voisine du pédicule, une dent canine s'implante par une racine longue de 15 millimètres dans un tissu gris blanc très dur où le bistouri trouve quelques grains ossiformes.

OBSERVATION IV.

(TÉDENAT, *ibid.*)

Kyste D. intrapéritonéal à long pédicule traversant le feuillet droit du mésentère et fixé profondément vers le rachis. — Excision du pédicule et du kyste. — Guérison.

R... (Marie), 40 ans, entre dans le service du Professeur Tédenat, le 4 octobre 1916, pour tumeur du flanc gauche. Femme robuste, règles irrégulières, vierge.

Janvier 1916 : Douleurs sourdes dans la F. I. D., fréquentes coliques avec ballonnement du ventre sans vomissements ni constipation. Crises durant quatre à cinq heures.

Juillet 1916 : Douleurs abdominales aiguës, constipation, énorme ballonnement du ventre, nausées. Cet état dure et impose le séjour au lit pendant trois semaines. La douleur plus vive dans la F. I. D. fit penser à l'appendicite. A la fin de la crise, la malade a une tumeur sous-costale gauche pour laquelle elle entre à l'hôpital le 4 octobre. Jamais elle n'a souffert au niveau de la tumeur pour laquelle elle est au repos depuis 3 mois.

5 octobre 1916 : Bon état général.

Du 5 au 8 octobre : Caractères cliniques de la tumeur : arrondie, du volume des deux poings : elle occupe le flanc gauche. Son extrémité supérieure affleure le rebord costal et pénètre même au-dessus. Son extrémité inférieure est à 5 cm. au-dessus du tiers externe de l'arcade crurale. En arrière et en dehors elle est arrondie avec quelques vagues bosselures. Elle ne présente pas un contact lombaire net : tantôt matité, tantôt sonorité peu distincte en arrière. En avant et en dedans elle est arrondie et sans incisure et plus ou moins masquée par l'intestin. Elle atteint la ligne médiane par sa moitié supérieure et reste à sa gauche par sa moitié inférieure. Indolore à la pression et de consistance ferme, elle est un peu mobile dans le sens transversal.

Est exclu le diagnostic de tumeur rénale. Urines normales, pas de vrai contact lombaire; sonorité peu nette mais réelle en arrière.

Est exclue une tumeur de la rate par l'absence de toute encoche. Elle a pourtant la situation d'une rate.

Nous pensons peu à une tumeur de l'ovaire fixée haut. Il lui faudrait un pédicule que nous sentirions. Les kystes du mésentère sont moins hauts, plus mobiles dans le sens transversal.

Les règles arrivent le 18 août et durent jusqu'au 21.

Opération (le 23 octobre). — La malade étant sur la table d'opération, le ventre est exploré. La tumeur a quitté la place qu'elle occupait depuis trois mois et d'où ne l'avaient jamais délogée les examens nombreux pratiqués par divers confrères fréquentant le service et intéressés à ce diagnostic.

La tumeur est vaguement perçue au ras du pubis. Le palper combiné au toucher la localise contre la face antérieure de l'utérus qu'elle met en rétroversion.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane. Trendelenburg. Je refoule en haut l'intestin. J'arrive sur la tumeur arrondie, grisâtre, placée en avant de l'utérus : je la soulève et je trouve un pédicule long de 14 centimètres, cylindrique, de 15 millimètres de diamètre. Ce pédicule s'insinue à travers le feuillet droit du mésentère près de son origine supérieure à 4 cm. de l'intestin et se continue profondément en arrière vers le rachis et le doigt le suit aisément. Des tractions légères sur le pédicule tendent et soulèvent le feuillet mésentérique qui est décollé sur une longueur de 3 ou 4 cm. par la sonde cannelée rasant le pourtour du pédicule.

Celui-ci est attiré de 3 centimètres par une traction modérée et sectionné en aval d'une pince hémostatique. Une fine pointe de Paquelin cautérise la surface de section. Ligature au catgut en amont de la pince.

Aucun vaisseau du mésentère n'est lésé. Deux points de catgut sur l'orifice du mésentère. Suture étagée de la paroi abdominale. Réunion *per primam*. L'opérée quitte l'hôpital vingt jours plus tard. Elle se portait bien en mars 1919.

OBSERVATION V (PAKOWSKI). (Résumée.)

(SOULIGOUX, Société de chirurgie, 6 mars 1912.)

Homme de 50 ans, amené avec le diagnostic de cancer de l'angle colique gauche. Troubles intestinaux : constipation augmentant progressivement avec coliques sans siège précis.

Février 1910 : Evacuation de sang en caillots après un effort de défécation (hémorroïdes). Jamais de selles diarrhéiques. Pesanteur, ballonnement.

Octobre 1910 : Même état; appétit diminué, amaigrissement.

10 octobre 1910 : Le malade se découvre une tumeur : son médecin songe à une tumeur du côlon gauche.

Au palper : à gauche sous le rebord des fausses côtes, on trouve

une grosse masse du volume d'un œuf d'autruche, globuleuse, très dure, à bosselures grossières. Cette masse est indépendante des plans antérieurs de la paroi abdominale. Mobile dans le sens transversal mais pas du tout de haut en bas.

Percussion. — Surface submate dans le plan de projection de la tumeur.

Radiographie. — Après lavement au bismuth on constate une circulation intestinale se faisant mal et arrêtée au niveau de l'angle splénique. L'examen des autres organes est négatif : pas d'engorgement ganglionnaire.

Etat général médiocre.

Antécédents héréditaires nuls. Syphilis en 1908 bien traitée.

Opération. — Incision longitudinale; de l'hypocondre gauche, on découvre une tumeur très mobile, pas d'adhérences. Elle siège entre deux feuilletts du mésentère de la première portion du duodénum à peu de distance de l'angle duodéno-jéjunal. Régulière, ronde, lisse et fluctuante.

Enucléation tentée, mais en incisant le mésentère on crève la coque et il s'en échappe une masse jaunâtre très épaisse, grasseuse et des taches huileuses. Ablation de la poche : ligature de quelques vaisseaux mésentériques. Il est certain qu'une branche mésentérique importante a été coupée, car une partie correspondante de l'intestin sur une longueur de 5 centimètres est devenue pâle et s'est légèrement rétractée. Mais on a l'impression d'être resté en deça de l'arcade mésentérique. Suture de la paroi en 3 plans sans drainage.

Suites opératoires bonnes. Sortie trois semaines après.

Examen histologique (Ménétrier). — Poche kystique du volume d'une tête de fœtus à terme, remplie de matière caséuse et de liquide huileux, à parois peu épaisses, d'aspect fibreux et sans végétations d'aucune sorte. Les coupes de la paroi la montrent constituée par un tissu fibreux très dense et qui n'est, du côté de la cavité, limité par aucun revêtement cellulaire épithélial ou endothélial. Le tissu conjonctif est à nu dans la cavité, et il ne présente à son niveau ni infiltration cellulaire, ni apparence dégénérative quelconque. Dans l'épaisseur de la paroi on trouve

d'ailleurs en général peu d'éléments cellulaires mais seulement par places quelques îlots de lymphocytes et de cellules graisseuses. En somme, paroi fibreuse sans apparence inflammatoire et totalement dépourvue d'éléments épithéliaux permettant de caractériser une production dermatoïde ou térétoïde.

OBSERVATION VI.

(ANDRAL, *Précis d'anatomie pathologique*, 1829, t. II, p. 712.)

Chez une négresse on trouva à l'autopsie dans le mésentère un kyste dermoïde. Il contenait de la matière sébacée parsemée de poils lisses blonds ou roux, quelques-uns argentés. Les parois étaient cartilagineuses.

OBSERVATION VII.

ROUX (du Var), *Gaz. méd. Paris*, 1836, p. 523.)

Grand kyste au-dessous de la grande courbure de l'estomac fixé à l'intestin grêle par deux larges replis du péritoine, multiloculaire, avec graisse, cheveux, dents, os. Petits kystes semblables dans les lames du mésentère.

OBSERVATION VIII.

(SCHULTZER, *Abdahl. der Schwädischen Acad.*, p. 177.)

Chez une jeune fille de 15 ans on trouva dans le mésentère une tumeur contenant des poils, des os, 14 dents en partie libres, en partie implantées, un os rappelant un maxillaire.

OBSERVATION IX (Traduite).

(CORNILS, *Deutsch. Ztschr. f. chir.*, Leipzig, 1920 [1898].)

M. S..., âgé de 71 ans, mourut des suites d'une tentative de suicide. A l'autopsie on découvrit par hasard un kyste de la grosseur d'un œuf de poule situé dans le mésentère au-dessus de l'angle

du jéjunum, rempli de boulettes de graisse et d'un contenu de matières dures et broyées, d'une enveloppe relativement mince et dure. On ignore si un premier examen microscopique a eu lieu. Il est impossible de constater si le kyste a occasionné des symptômes de maladie. De l'examen fait récemment il résulte que la couche extérieure de l'enveloppe a été sérieusement endommagée par suite d'une conservation prolongée dans une solution Kayserling. Le même effet a été constaté aux examens fréquents des sept autres préparations. En quelques endroits seulement on peut reconnaître nettement des cellules épithéliales. En outre, l'enveloppe est composée de travées fibreuses qui sont souvent traversées par des cellules rondes. Diagnostic : Kyste dermoïde.

OBSERVATION X (Traduite).

(CORNILS, *Deutsch. Ztschr. f. chir.*, Leipzig, 1920 [1898].)

M. D..., âgé de 52 ans, mort de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie on trouva par hasard dans le mésentère de l'iléon un kyste de la grandeur d'un œuf de poule, rempli d'un contenu de matières dures et broyées et graisseux. A ce moment déjà, le diagnostic démontra avec certitude qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. Lors d'un nouvel examen toute trace d'épithélium avait disparu. L'enveloppe ne se composait que de travées fibreuses qui, surtout aux environs des « gefasse » étaient traversées comme par des rayures par des infiltrations de « Rundzellen ». Il est à supposer que dans ce cas, l'épithélium s'est perdu par une conservation prolongée.

OBSERVATION XI (Traduite).

(Id., *ibid.*, 1901.)

M. B..., âgé de 51 ans, mourut de tuberculose pulmonaire. La aussi, à l'autopsie, on trouva par hasard, dans le mésentère, un kyste de la grosseur d'une noix qui, durant la vie ne s'était nullement révélé et qui avait même échappé à l'examen du médecin. Il avait une enveloppe assez épaisse, rempli d'un contenu de

matières dures et broyées et graisseuses, mais ne contenait pas de poils comme les huit autres kystes de notre collection. A l'examen récent de l'enveloppe, celle-ci ne se composait plus que de tissus de graisse et d'une zone étroite de travées fibreuses sur laquelle on ne voyait plus trace d'épithélium. Ici, ce n'est que le contenu qui indique la nature de kyste dermoïde.

OBSERVATION XII (Traduite).

(Id., *ibid.*, 1905.)

Mme C..., âgée de 54 ans, morte de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie on trouva par hasard dans le mésentère de l'iléon, situé dans le petit bassin, une tumeur molle, de la grosseur d'une petite pomme fixée nulle part, qui avait une enveloppe mince et se trouvait remplie d'un contenu de matières broyées et dures et graisseux. A un récent examen, l'enveloppe paraissait composée presque entièrement de travées fibreuses qui en certains endroits étaient devenues cornées et avaient épaissi. Tout autour du bord menait un mince filet de travées fibreuses sur lesquelles ne se trouvait nulle trace d'épithélium. Là aussi, il n'y a que le contenu qui indique le kyste dermoïde.

OBSERVATION XIII (Traduite).

(Id., *ibid.*, 1908.)

Mme M... (Clara), 36 ans, morte de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie on trouva dans la séreuse de la section inférieure de l'iléon un kyste du mésentère, d'une grosseur du poing, avec enveloppe mince et d'une consistance épaisse, remplie de matières dures et broyées et graisseuses. Un récent examen démontra l'existence dans l'enveloppe très mince de travées fibreuses avec très peu de « gefassen » autour de l'iléon. A un endroit on remarqua un amas d'épithélium pavimenteux sur lequel dépasse partiellement une couche de « Horn ». Diagnostic : kyste dermoïde.

OBSERVATION XIV (Traduite).

(Id., *ibid.*, 1902.)

Mme X..., dont l'histoire de la maladie n'a pu être retrouvée. Un kyste de la grosseur d'un poing d'homme avec surface lisse, pourvu de petites bosses, qui était placé sur la racine du mésentère jéjunal sur une surface de la grandeur d'une pièce de 5 marks, couvert de séreuse et qui se vidait pendant l'aspiration d'un contenu ressemblant à du lait. Sectionné, l'intérieur se montrait lisse, renfermant des matières analogues à du mortier, dans lesquelles se montrait un morceau de suif de couleur jaune foncé, qui, après examen microscopique se trouvait composé de molécules de graisse et de cristaux de cholestérine. Un examen microscopique de l'enveloppe ne donnait aucun résultat, le tissu n'acceptant aucune coloration. Selon le contenu, on peut vraisemblablement conclure à un kyste dermoïde.

OBSERVATION XV (Traduite).

(Id., *ibid.*, 1911.)

M. X... Pas d'histoire de la maladie. Kyste de la grosseur d'une noix, avec enveloppe lisse, rempli de détritüs, placé emmanché sous la couche de la séreuse du mésentère de l'appendice, mais ne communiquant pas avec la lumière de la cavité de celui-ci. Résultat de l'examen microscopique : amas de plaques épithéliales. Diagnostic : kyste dermoïde.

OBSERVATION XVI (Traduite).

(Id., *ibid.*, 1916.)

M. H..., 65 ans, se portant autrefois toujours bien. En novembre 1915 il tomba subitement malade. Au cours d'une fête il tomba

subitement inanimé et présenta les symptômes d'une hémorragie interne.

Par ailleurs il avait été très pâle quelques jours avant. Il se rétablit, les selles étaient par la suite de couleur du goudron et restaient encore plus tard avec des traces de sang. Du reste, le malade n'avait jamais de malaises, il était de bon appétit, le nombre des globules rouges du sang était diminué à 1-2 millions. Tous les examens concernant un ulcus du duodénum restaient sans résultat. Par suite de manque de symptômes, une laparotomie ne fut pas effectuée. L'hémorragie se renouvela le 28 avril au moment où la quantité normale de sang fut rétablie.

Le 29 juin M. X... eut une embolie de l'artère radiale droite qui fut sans effet par suite de l'intervention immédiate de la circulation collatérale.

Le 8 août survint subitement un évanouissement avec paralysie générale flasque, avec tremblement nerveux des deux membres supérieurs et inférieurs qui occasionnait la mort le jour même.

Je dois les indications cliniques précédentes au Docteur Allard.

L'autopsie relevait une anémie très prononcée de tous les organes, sclérose très accentuée sur toute la région abdominale qui, intérieurement, avait des couches de chaux, amollissement du poulx par suite d'embolie des artères. On trouva dans le mésentère du gros intestin un kyste de la grosseur d'une noix, perforé dans l'intestin, dont le contenu était vidé et ne contenait plus que quelques boulettes de matières graisseuses.

A l'examen récent de l'enveloppe on constatait que celle-ci n'était composée que de travées fibreuses avec des couches de plaques épithéliales. Diagnostic : kyste dermoïde.

Ce cas appartient à ceux qui, subjectivement ne donnent aucun symptôme, et objectivement, par suite de pénétration dans le gros intestin, produisent les plus graves conséquences, c'est-à-dire peuvent donner la mort.

OBSERVATION XVII.

(Docteur SCHMIDT, de Nice. Rapport de P. LAUNAY
à la Société de chirurgie de Paris, 1909.)

Mme V..., 53 ans, couturière, adressée en janvier 1909 pour tumeur abdominale. Habituellement bien réglée, ses règles ont cessé il y a quelques mois. Antécédents. Deux fausses couches de quatre mois environ sans suites. Pas d'autres grossesses. Bien portante jusqu'à 40 ans, a ressenti alors quelques douleurs abdominales qui la déterminent à consulter un médecin. Etat stationnaire jusqu'à 45 ans.

Péritonite à la suite d'un soi-disant fibrome traité par l'électricité.

A 50 ans : ballonnements du ventre et dyspepsie. Un an après, crises aiguës et vomissements. Le ventre augmente progressivement de volume.

Examen : Abdomen distendu jusqu'au creux épigastrique, élastique, mat au milieu, sonore au niveau du creux épigastrique avec sensation de flot. Au toucher : col petit, utérus abaissé par tumeur abdominale élastique dans le cul-de-sac antérieur. Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Mauvais état général surtout au point de vue pulmonaire.

Opération (le 26 mars). Laparotomie. Kyste volumineux. Ponction et évacuation de la poche. Il adhère à l'épiploon par son pôle supérieur. Fixé par sa partie postéro-supérieure au feuillet du mésentère sur une surface grande comme la paume de la main. Adhérence dure, fibreuse et paraissant constituée par le feuillet du mésentère fortement épaissi dans l'angle de l'iléon et du côlon ascendant. Section de l'adhérence, et ablation du kyste.

Examen des pièces. — Paroi d'un demi-centimètre à surface externe lisse. Surface interne a de nombreux dépôts de fibrine. Sur un point de cette paroi s'insère une grappe d'une dizaine de vésicules à parois très épaisses, flétries, contenant un liquide séreux.

Le grand kyste et la masse kystique sont développés sur une masse commune dure, fibreuse. Lorsqu'on sectionne celle-ci, on voit

qu'elle est constituée par un tissu très résistant contenant des parties cartilagineuses et osseuses. Au centre, se trouve une cavité comme une noix remplie d'un magma jaune, épais. Le mésentère vient s'insérer à la périphérie de cette masse commune.

Les cloisons qui séparent les kystes de la grappe ont à leur base l'aspect cartilagineux.

Examen histologique. — Les parois des kystes présentent toutes sur leurs deux faces un épithélium constitué par des cellules soit cylindriques, soit aplaties. Elles sont constituées par du tissu conjonctif jeune, au sein duquel on voit du tissu cartilagineux et du tissu osseux. La matière jaunâtre contenue dans la petite masse osseuse centrale présente la constitution histologique de la moelle osseuse.

OBSERVATION XVIII.

(BERTHIER et MILIAN, Société anat., Paris, 899.)

Une femme de 56 ans, entrée dans le Service de M. Aud'houi, à l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} mars 1898. Anasarque en rapport avec albuminurie abondante. Le régime lacté fit disparaître l'œdème et l'état général redevint bon.

Deux mois après apparurent trois ou quatre ganglions sous-maxillaires, bien isolés, durs, roulant sous le doigt. En trois semaines ils acquirent le volume d'un œuf.

C'est alors qu'on découvrit dans l'abdomen une grosse masse du volume d'une tête de fœtus, indépendante de l'utérus, mobile, et paraissant appartenir à l'ovaire droit. Interrogée à ce sujet, la malade, assez peu intelligente, ne put fournir que de très vagues renseignements. Elle déclara qu'elle avait le ventre gros depuis une trentaine d'années, mais elle n'y avait jamais senti de tumeur, qu'elle n'avait jamais souffert du ventre et qu'elle n'avait jamais été malade. Nullipare, elle fut toujours mal réglée.

Comme les ganglions sous-claviculaires augmentent aussi de volume à leur tour, on pense aussi à la possibilité d'une tumeur maligne de l'ovaire avec propagation ganglionnaire. Les chirurgiens plus avisés ne voient aucune corrélation entre les deux choses.

La malade meurt en septembre d'une affection intercurrente.

L'autopsie révèle les faits suivants : les ganglions sous-maxillaires sont des ganglions tuberculeux caséifiés.

La tumeur abdominale forme une masse arrondie du volume de la tête située dans l'épaisseur du mésentère entre les deux feuillets de celui-ci. Elle est absolument mobile, sans aucune adhérence, elle ne produit aucune compression.

La face postérieure contracte quelques adhérences assez larges, mais peu solides et à peine musculaires avec la paroi abdominale postérieure au niveau du tissu cellulaire sous-péritonéal. Il n'y a pas d'ascite.

La tumeur, facilement extirpée, est arrondie. Elle pèse 1 kg. 550. Solide dans les deux tiers de sa masse, elle est fluctuante dans le tiers restant. La partie fluctuante incisée donne issue à une bouillie analogue à de la boue grise. Il existe aussi de l'huile qui surnage quand on met la tumeur dans l'eau. Au milieu de ce magma, on trouve une touffe de poils enroulés analogue à de l'étaupe et de la grosseur d'un œuf de poule. Il n'existe pas d'autres débris épidermiques ni de dents. La paroi à ce niveau mesure un centimètre d'épaisseur.

La partie solide est formée de stratifications de différente consistance. La plupart de ces stratifications sont analogues à du cartilage hyalin : elles en ont la blancheur et l'opalescence.

Examen histologique. — Kyste dermoïde.

OBSERVATION XIX.

(COTTE et SIGAUD, *Lyon médical*, janv. 1912.)

Homme de 42 ans, entré le 6 janvier pour occlusion intestinale aiguë. Aucuns antécédents héréditaires ni personnels notables.

L'affection actuelle avait débuté brusquement le 2 janvier : douleur subite dans le ventre et vomissements.

Le lendemain, phénomènes accentués. Pas de fièvre, mais arrêt complet des matières et des gaz.

A l'examen, cinq jours après le début des accidents : signes mani-

festes d'occlusion intestinale haut située : douleur, vomissements bilieux incessants, arrêt des matières et des gaz, abdomen un peu météorisé. Pas de tympanisme localisé. La douleur diffuse et la contracture de l'abdomen, l'existence de hoquets continuels, indiquaient déjà un retentissement péritonéal, mais il n'y avait pas de température, le pouls était encore relativement bon.

L'intervention fut pratiquée d'urgence. Par une incision sus et sous-ombilicale, on arriva immédiatement sur les anses grêles uniformément rouges. En les déroulant, on s'aperçut vite que l'obstacle était situé à gauche, près de la colonne vertébrale, vraisemblablement près de l'origine du jéjunum. En continuant les recherches, on découvrit bientôt dans le mésentère une tumeur du volume d'une grosse noix très dure, donnant tout à fait l'impression d'un ganglion néoplasique. Cette tumeur déterminait une occlusion par un double mécanisme : par un de ses pôles, elle était fixée à la paroi abdominale antérieure et déterminait ainsi une couture de l'anse grêle correspondante. Mais, en outre, au-dessous de la bride qui la fixait en arrière, une anse grêle était engagée et nettement étranglée. La section de la bride s'accompagna d'une détente immédiate.

Dans le mésentère, on sentait d'autres petits ganglions indurés. Après vidage de l'intestin et injection d'huile camphrée, on referme l'abdomen en un seul plan.

Le malade succombe dix-huit heures après.

L'incision de la tumeur permet de reconnaître qu'il s'agit non d'une tumeur ganglionnaire, mais d'un kyste. Au centre, il existe un mastic épais, tout à fait comparable à celui qu'on trouve dans les kystes dermoïdes.

Examen histologique : Kyste dermoïde du mésentère.

OBSERVATION XX.

(FEDERMANN, Berlin. Rapportée par CUNÉO
dans le *Journal de chirurgie*, 1909.)

Federmann rapporte l'histoire d'une femme de 25 ans qui présentait des douleurs abdominales très intenses.

A l'examen, on constatait au-dessous des fausses côtes gauches, l'existence d'une tumeur ronde, lisse, de consistance élastique, présentant le volume d'un citron. On diagnostique une tumeur de l'épiploon ou du mésentère. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une petite tumeur placée dans l'épaisseur du mésentère au voisinage de l'angle jéjuno-duodénal et qu'il fut facile d'enucléer. Une tumeur analogue siégeant à côté de la précédente fut également enlevée. Guérison.

Ces deux tumeurs étaient des kystes dermoïdes contenant des cheveux et des dents.

A l'occasion de son observation, Federmann décrit sommairement la symptomatologie des kystes dermoïdes du mésentère.

OBSERVATION XXI.

(LATRONCHE, *Journal scientifique et médical*, Poitiers, 1913.)

Il s'agit d'une fillette de 16 ans dont l'abdomen avait subi une augmentation de volume continue depuis deux ans environ. Lorsqu'elle nous fut conduite, au mois de juillet 1911, le ventre était énorme; la peau était distendue au maximum; on notait, à la percussion, de la matité partout. Sur la ligne médiane et dans les flancs, sauf en haut, à l'épigastre. Un léger choc, pratiqué sur un des côtés de l'abdomen pendant que l'autre main était appliquée sur le côté opposé, faisait nettement percevoir la sensation d'ondulation caractéristique d'un épanchement intrapéritonéal; la palpation profonde était impossible du fait même de l'abondance de cette ascite.

L'intervention, pratiquée le 22 juillet 1911, montra tout d'abord une ascite considérable, constituée par un liquide citrin, puis une tumeur énorme, enveloppée dans l'épaisseur même du mésentère et coiffée sur une partie de son contour par l'intestin grêle. Cette tumeur, contrairement à ce qui existe d'habitude pour les néoplasmes du mésentère, n'était pas très mobile et semblait adhérer profondément à la colonne vertébrale; sa consistance était très dure par endroits, mollassse dans d'autres.

Etant donné les connexions avec l'intestin grêle et les vaisseaux mésentériques, on ne pouvait songer à l'extirpation; nous pratiquâmes la marsupialisation de la tumeur après ouverture et résection partielle de la poche. Cette ouverture nous fit diagnostiquer la nature du néoplasme : il contenait une grande quantité, trois litres environ d'un liquide jaunâtre, huileux et grumeleux, de grosses végétations rougeâtres saignant facilement et de longues mèches de cheveux blonds. Certaines portions de la tumeur avaient une consistance osseuse ou cartilagineuse; il s'agissait donc d'un kyste dermoïde du mésentère, diagnostic vérifié par un examen histologique pratiqué sur une portion de la tumeur par M. le Docteur Nadal, de Bordeaux.

La malade se remet lentement, mais conserve une fistule.

OBSERVATION XXII (Traduite).

(Guiseppe PIERMARINI, *Semana Medica*, Buenos-Ayres, 1925.)

G... (O.), 23 ans, nubile, de robuste et saine constitution physique, n'ayant jamais été malade auparavant.

Il y a six ans, sans cause apparente, elle note la présence, pour la première fois, dans la partie inférieure de son abdomen d'une tuméfaction qui a augmenté de volume progressivement, sans donner de troubles, sauf une plus grande fréquence dans les mictions.

Le premier jour de son entrée à l'hôpital, le 21 octobre 1922, survint une forte douleur abdominale, à siège hypogastrique, avec nausées, malaise général, difficulté de défécation; pas de sang ni de liquide dans les fèces.

Rien de particulier à l'appareil digestif, respiratoire, urinaire et circulatoire.

L'abdomen est un peu rétracté dans toute la région suprapubienne : au-dessus, on voit une voussure en dôme, et si on l'empaume avec la main on sent une tuméfaction, ronde, de consistance dure, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, douloureuse, peu mobile, mais indépendante de la partie antérieure de la paroi abdominale.

La masse se délimite bien par le palper et on peut la suivre jusque dans la paroi pelvienne. A l'examen rectal (toucher), la masse semble ronde, lisse, douloureuse, dure, tendue, et faisant corps avec l'utérus et les annexes droites.

Les viscères abdominaux ne montrent aucune autre altération notable.

Analyse d'urine négative : ni éosinophilie sanguine.

Il ne fut pas possible de faire l'examen radiographique, la cabine ne fonctionnant pas à ce moment-là.

On fit le diagnostic d'un kyste de l'ovaire probable tordu sur son pédicule.

Par la laparotomie médiane sous-ombilicale, on trouva un kyste intramésentérique; adhérent par sa partie postérieure au péritoine pariétal et implanté à environ 1 mètre de l'appendice iléo-cæcal.

On ne pensa pas à énucléer le kyste parce qu'il était adossé trop intimement à l'intestin et parce qu'on aurait eu fatalement une rétraction cicatricielle du mésentère adhérent.

On préféra extirper la tumeur en réséquant l'intestin et le mésentère après avoir libéré les adhérences du péritoine pariétal et on pratiqua ensuite une entéro-anastomose termino-terminale.

Guérison par première intention.

L'examen microscopique montra un kyste dermoïde intramésentérique contenant des poils et des dents et en voie de suppuration.

Deux ans après l'intervention, la malade se porte très bien, a augmenté de poids, et ses fonctions digestives et génitales sont restées excellentes.

OBSERVATION XXIII. (Traduite).

(GIARLO, *Semana Medica*, Buenos-Ayres, juin 1927.)

R. de C... (Philomène), 40 ans, italienne. Entrée le 19 septembre 1923.

Antécédents héréditaires, rien à signaler. Antécédents personnels : rougeole et scarlatine; rhumatisme polyarticulaire à 14 ans. Réglée à 13 ans : règles normales et régulières. Quatre enfants;

disparition de la menstruation il y a deux ans; ménopause normale. Légère constipation habituelle, mais qui s'accroît depuis un an. Dans ces derniers mois, souffre de troubles gastriques caractérisés par une sensation de plénitude et de poids après les principaux repas avec de légères douleurs épigastriques qui disparaissent après une durée de deux heures.

Affection actuelle. — L'origine de son infirmité actuelle provient de l'exagération de ses troubles gastro-intestinaux. En effet, dans cette dernière période, la patiente ressent des troubles brusques et intermittents caractérisés par des douleurs qui se localisent au niveau de la région ombilicale et s'irradient vers l'épigastre et les flancs. Ces douleurs provoquent une répercussion sur l'état général qui se manifeste par une sensation de plénitude et de distension de la région ombilicale accompagnée d'un léger état nauséux et lipothimique.

Etat actuel. — Femme de grande taille, grasse, squelette bien conformé, musculature bien dessinée. Muqueuses de couleur rose pâle, conjonctives semblables. Langue humide, épaisse, légèrement saburrale. Pupilles égales, régulières, avec réactions normales à la lumière et à l'accommodation. Thorax symétrique, diamètres normaux; respiration costo-abdominale à type diaphragmatique supérieur.

Poumons : Rien à signaler. Foie normal, rate normale.

Abdomen : A l'inspection, on voit un abdomen globuleux, régulier, légèrement saillant au niveau de la région ombilicale; à ce niveau, la peau est pâle, avec des vergetures, mais sans réseau veineux. Omphalion normal.

La palpation de la partie médiane de l'abdomen décèle l'existence d'une tumeur du volume d'une orange, sphérique, lisse, régulière et un peu douloureuse. Ce qui attire l'attention, c'est la grande mobilité de la tumeur qui se laisse déplacer avec facilité d'un flanc à un autre.

Dans le sens longitudinal, le déplacement se borne de la région épigastrique à environ quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La pression un peu forte sur la tumeur est douloureuse. Tumeur solide sans apparence de fluctuation ni de rénitence. A la percus-

sion, on note une sonorité et un tympanisme qu'on peut mettre sur le compte d'une anse intestinale.

Examen génital. — Utérus en antéversion. Annexes normaux; seuls de sac vaginaux libres. Analyse du sang négatif.

Opération (le 7 octobre). — Anesthésie à l'éther. Incision médiane ombilicale. A l'ouverture du péritoine, en examinant les anses grêles, on voit la tumeur enveloppée par les anses d'intestin grêle auxquelles elle adhère fortement. La libération de la tumeur est difficile, à cause du grand nombre des adhérences. Hémostase après incision légère du mésentère. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites d'opérations normales.

Examen histologique. — Kyste dermoïde du mésentère.

OBSERVATION XXIV.

(HOWSEHIP-DICKINSON, *Path. Soc. of London*, 1870-1871. [PAKOWSKI].)

Enfant de 2 ans. Dans le flanc gauche, volumineuse tumeur globuleuse, mate à la percussion. En deux endroits, cependant, la masse était croisée par les intestins que l'on pouvait sentir sous le doigt, mais qui ne donnaient que peu ou pas de sonorité. Surface lisse, sauf vers l'épigastre où quelques nodosités apparaissent. En novembre 1870, l'enfant est en bonne santé, bien qu'un peu frêle. L'abdomen mesure 20 pouces $1/2$ de circonférence.

Fin janvier 1871, l'appétit décline, le pouls s'accélère, le teint devient livide, fièvre. Peu après, la cachexie s'accroît et la mort survient le 9 février, soit trois mois après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Tumeur repoussant la masse intestinale et remplissant presque toute la moitié gauche de l'abdomen. Le côlon transverse, le cæcum et un repli du péritoine, ce dernier adhérent à la tumeur, reposaient sur sa surface. Le rein gauche et la capsule surrénale étaient en contact avec sa face postérieure, et la capsule lui adhérait intimement.

La tumeur dissociait les lames mésentériques qui lui formaient une loge. Elle était dure, ferme, sphérique. Elle pesait deux livres

deux onces et demie. Son diamètre transversal mesurait 5 pouces. A la coupe, consistance irrégulière. Sa structure ressemble macroscopiquement à celle d'une éponge.

On y trouve du tissu fibreux présentant la structure des tendons, de la graisse, du cartilage vrai, des masses osseuses avec des canaux de Havers.

Dans les parties liquides, pas d'albumine, mais de la cholestérine, des corpuscules de graisse, des cellules épithéliales, cylindriques, quelques-unes ciliées.

Le liquide transparent et filant est contenu dans de nombreux kystes.

OBSERVATION XXV.

(HOSMER, *Boston Med. and Surgery Journal.*)

Fillette de 8 mois, tératome siégeant du côté droit de la base du mésentère. On y trouve des kystes variés : dermoïdes avec poils; mucoïdes avec épithélium cylindrique et vibratile, graisse, os, cartilage, tissu nerveux et musculaire.

OBSERVATION XXVI.

(EPPINGER, *Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilk.*, 1873.)

Femme de 26 ans. Kyste dermoïde de la taille d'une tête de fœtus siégeant entre les deux feuillets du mésentère, à 6 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Le pédicule était tordu. Sur le kyste passait en l'entourant la portion correspondante de l'intestin grêle, oblique de haut en bas et de droite à gauche. Il n'y a aucun détail sur le contenu ou la paroi du kyste.

OBSERVATION XXVII.

(JEPSON, *Surg. Gyn. a. Obst.*, 1903, in *Central Blatt. v. Chir.*).

Kyste dermoïde de la dernière portion de l'iléon, à 4 centimètres de la valvule de Bauhin. Il mesurait 20 centimètres de cir-

conférence. Il était entouré en partie par le péritoine, en partie par l'intestin. Aucun autre renseignement ni sur le contenu ni sur la constitution histologique.

OBSERVATION XXVIII.

(TROMBETTA, V^e Congrès de la Société italienne de chirurgie,
Naples, 1888.)

Il s'agit d'un kyste gros comme une orange qui détermina des phénomènes d'occlusion intestinale. Le malade mourut sans avoir été opéré. Le kyste siégeait à 20 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Un long pédicule l'unissait au mésentère. Nous n'avons pas trouvé d'autres détails.

OBSERVATION XXIX.

(LANGTON, 1889; cité par NIOSI, *Wirschows Archiv*, 1907.)

Chez une femme, on trouva un kyste dermoïde de chaque ovaire et un troisième semblable dans le mésentère.

OBSERVATION XXX.

KOENIG, cité par NIOSI, *Wirsch. Arch.*, 1907.)

Femme de 46 ans. Kyste incisé et drainé. Guérison et fistule. On trouva des cheveux dans le kyste.

OBSERVATION XXXI.

(Spencer WELLS, cité par NIOSI, *Wirsch. Arch.*, 1907.)

Jeune fille de 19 ans. Tumeur occupant l'hypochondre droit, mate, rénitente, mobile. Incision du kyste. Il contenait de la substance sébacée (6 livres) mélangée à des cheveux. On marsupialise. Guérison après diverses péripéties et fistule.

La paroi était tapissée de cellules.

OBSERVATION XXXII.

(LEMICHEZ, *Journ. des soc. méd. de Lille*, 1894;
cité par HOUZEL.)

Femme de 53 ans. Volumineuse tumeur abdominale lisse, dure, presque immobile; il y a de la sonorité au-devant d'elle. La malade a des alternations de diarrhée et de constipation, un aspect cachectique, de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Laparotomie le 6 novembre 1895 par M. Duret. L'épiploon adhérent est réséqué; anses intestinales et paroi formant un angle inextricable. On essaye de décortiquer la tumeur après avoir fait une ponction. On ne réussit qu'à faire couler un peu de pus dans le péritoine. Enfin on ouvre largement le kyste : on le vide de son contenu qui est de la matière sébacée et du pus. On curette même la surface interne. Puis on fait un lavage général de la cavité abdominale et on défonce le cul-de-sac postérieur pour drainer. Enfin on marsupialise en bourrant avec de la gaze iodoformée. Mort le troisième jour. Une des anses intestinales détachées du kyste s'était perforée et son contenu s'était épanché dans le péritoine.

OBSERVATION XXXIII.

(G. HOUZEL, *Arch. prov. de chir.*, n° 4, avril 1911.)

B... (René), 23 mois, garçon... En interrogeant les parents on apprend qu'ils avaient remarqué du côté gauche du ventre, une tumeur qui existait déjà depuis quelque temps, mais dont ils ne pouvaient préciser le début, car l'enfant ne s'en était jamais plaint. La tumeur semblait augmenter de volume assez rapidement et comme elle commençait, par ses dimensions, à gêner les mouvements de l'enfant, ils se décidaient à demander l'avis du chirurgien.

L'examen de l'enfant me montre, en effet, l'existence d'une masse volumineuse faisant une saillie notable dans l'hypochondre et le

flanc gauches. De contours faciles à délimiter, elle s'étendait en haut jusqu'aux fausses côtes, en bas affleurait l'épine iliaque antéro-postérieure, en dedans allait jusqu'à un travers de doigt de la ligne blanche, tandis qu'en dehors on la perdait sous la saillie des muscles de la masse sacro-lombaire.

La paroi abdominale était mobile sur la tumeur qui à la main se déplaçait très légèrement en dehors et en dedans. Pas de mobilité dans le sens vertical. Elle était manifestement fluctuante bien que pendue. Son centre était mat, tandis qu'en dehors et en dedans on obtenait à la percussion une zone de sonorité des plus nettes. Aucune manifestation inflammatoire du côté de la peau. L'examen de l'enfant était d'ailleurs parfaitement indolore.

Le diagnostic porté sans la radiographie fut celui de kyste intra-abdominal de contenu et de nature indéterminés.

Opération. — Laparotomie latérale gauche en dehors du muscle droit. L'incision me conduit rapidement sur un kyste qui vient faire hernie entre les lèvres de la plaie. La cavité péritonéale est protégée soigneusement par des compresses et, ainsi garanti, je ponctionne la poche avec un gros trocart. Il en sort un litre environ de liquide noirâtre avec quelques poils follets et blonds.

L'évacuation faite je saisis les parois du kyste avec les pinces à cadre : il est facile d'en extérioriser une partie et de l'ouvrir largement sans crainte d'infecter le péritoine. Il en sort alors trois kystes mucoïdes de la grosseur d'une noix, en paquet de longs cheveux blonds, un nombre incomptable de poils follets et de la boue noirâtre.

Ayant introduit le doigt pour explorer la poche, je la trouve lisse partout, son insertion profonde conduit le doigt sur les vertèbres lombaires et l'on sent et l'on voit une éminence blanchâtre, couverte de matières sébacées et de poils : on assèche le tout avec des tampons ouatés.

Ayant changé de gants, j'attirai alors la poche en dehors et j'introduisis l'un d'eux dans la cavité péritonéale afin de me rendre compte des rapports de la poche kystique. Elle était placée entre le côlon descendant en dehors, lui adhérait même légèrement et le grêle en dedans. L'ayant séparé du côlon sans faire d'effrac-

tion, je pus l'extérioriser davantage. L'intestin grêle venait avec la poche qui était fusionnée avec toute la hauteur du mésentère et qui, profondément s'insérait avec lui sur la colonne vertébrale; s'essayais de trouver un plan de clivage, mais j'eus la sensation que le kyste faisant partie du mésentère, il eut fallu réséquer une grosse portion mésentérique ainsi que le grêle correspondant pour, pouvoir enlever le kyste tout entier.

A chaque manœuvre sur le mésentère, l'enfant était menacé de syncope; je crus prudent d'y renoncer. Il ne me restait qu'un parti à prendre : marsupialiser la poche après en avoir réséqué la partie libre.

Le péritoine pariétal fut fixé au catgut sur le rebord de la poche dont l'ouverture fut suturée aux muscles de la peau par une couronne de fils de bronze d'aluminium; un gros drain fut plongé jusqu'au fond et, la plaie ayant été recouverte d'un pansement épais, l'enfant fut reporté dans son lit.

Suites opératoires des plus simples. La température ne dépassa jamais 37°. Dans chaque pansement on retrouvait une quantité de poils follets. Le huitième jour, les fils de bronze furent enlevés, la cicatrisation étant complète, et la famille reprit l'enfant.

L'enfant m'est ramené par sa famille en décembre 1909, c'est-à-dire plus de deux ans après l'intervention. La plaie de laparotomie est déprimée et froncée en bourse. Le 5 janvier 1910 j'enlevai sous anesthésie chloroformique, à la curette tranchante tous les bourgeons exubérants qui cachaient l'orifice de la poche. Je pus alors l'explorer au stylet et me rendre compte que la cavité avait encore cinq centimètres de profondeur, mais qu'elle était très rétrécie dans les autres diamètres. J'injectai dans cette poche 3 à 4 cc. de teinture d'iode. Vers la fin de la troisième semaine, la suppuration cesse et la cicatrisation s'acheva complète et définitive.

OBSERVATION XXXIV.

(Hans SCHMIDT, de Stettin, *Zur Diag. der abdominal Tumoren*,
Centralblatt. f. chir., n° 1, 1890.)

Ouvrier de 58 ans, n'a jamais été malade, marié, père d'enfants bien portants. Double hernie. Dans les cinq ou six derniers mois amaigrissement considérable, constipation, douleur, pesanteur, coliques. L'appétit n'est pas diminué, il n'y a rien du côté de l'estomac, mais les forces disparaissent. En même temps il remarquait l'existence d'une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen et c'est pour cela qu'il entre dans le service le 8 août 1889.

A l'examen on constate que le malade est pâle, d'aspect maladif, rien au cœur, rien aux poumons. A travers la paroi abdominale très mince, dans le côté gauche, entre l'estomac et le rein gauche (ce dernier très facile à palper), on sent une tumeur de la taille d'un petit point, assez ferme, irrégulière et de limites indécises, douloureuse au toucher et immobile. Après insufflation de l'intestin comme dans les changements de position du malade, la tumeur garde sa situation. On écartera l'hypothèse d'une tumeur maligne de l'estomac. On pensa plus volontiers qu'il s'agissait d'une tumeur du mésentère, ou de l'épiploon, ou de l'intestin; que dans l'un comme dans l'autre cas, vraisemblablement dans le premier, on était en présence d'une gomme ou d'un kyste dermoïde.

Opération (le 12 août 1889). — Incision sur le point le plus saillant de la tumeur. Immédiatement on voit qu'elle siège en effet, dans le mésentère, presque sur le côté gauche des corps vétébraux. Elle s'étend vers la gauche, adhérente au côlon transverse et à l'intestin grêle qui l'enveloppe presque complètement comme une fronde. On fixe par quelques points la tumeur à la paroi abdominale. On tamponne.

Onze jours après on fait le premier pansement. Les adhérences semblent suffisantes. On ouvre la tumeur; il en sort une substance caséuse. On finit de la vider avec une cuillère. Au cours des pansements consécutifs, survint une hémorragie sans gravité. Le malade sort guéri le 4 novembre 1889.

Examen microscopique. — Cholestérine, graisse, épithélium pavimenteux : donc kyste dermoïde.

OBSERVATION XXXV.

(J. Basil HALL, Bradford, *Lancet*, London, 1904.)

Fillette de 8 ans, dont la mère a aperçu une tumeur sur l'abdominal y a quatre mois. Cette tumeur augmente.

A l'examen : enfant bien portante mais mince et frêle. Paralyse du voile du palais (diphthérie), réflexe rotulien absent, pouls à 100-120.

On constate l'existence d'une tumeur abdominale au niveau de l'ombilic, à droite de la ligne médiane. Elle a la taille d'un « melon anglais ». Elle est bien globuleuse, de consistance élastique. Elle est mate, insensible. Lorsque la malade est couchée sur le dos, la tumeur disparaît dans le flanc droit. La mobilité de la masse est très grande, on peut l'amener vers la gauche au niveau de la ligne médiane. Déplacée, elle garde sa nouvelle position. Le côlon n'était pas en avant de la tumeur. Son extrême mobilité rendait impossible l'hypothèse d'une tumeur rénale.

Elle ne semblait avoir aucune relation avec les organes du bassin. La mobilité dans le sens vertical était très limitée.

On fit le diagnostic de kyste du mésentère : la tumeur n'augmenta pas de volume.

Opération (le 16 avril). — Ouverture, sutures des lèvres du kyste à la plaie, tamponnement de gaze. En somme, marsupialisation. La plaie bourgeonna rapidement et la fistule fut fermée au bout de huit semaines.

Le kyste était gros comme une noix de coco. Il occupait toute l'étendue du mésentère de l'iléon à environ 25 pouces de la valvule iléo-cœcale.

Examen de la tumeur. — Crème épaisse : 0 l. 560, petits cheveux, masse pâteuse analogue à des ganglions ramollis, des débris épithéliaux, de très nombreux globules de graisse. Kyste dermoïde à épithélium desquamé.

OBSERVATION XXXVI.

(ALEXANDRE, Soc. anat., 1901, p. 292.)

Enlevé d'urgence par M. Schwartz sur une malade présentant des phénomènes abdominaux aigus.

Le kyste était peu adhérent aux anses intestinales. En arrière pour libérer, il fallut sectionner son pédicule formé de feuilletts qui se décollèrent à la surface de la poche sans nécessiter de section; le pédicule était mince, saignait peu et s'insérait en avant de l'aorte sur le côté gauche du mésentère.

Les accidents ainsi que la couleur blanc grisâtre du kyste nous fait penser qu'il s'agissait de la torsion du pédicule de la tumeur.

Ce kyste était absolument indépendant des organes génitaux. Les annexes gauches étaient normales. A droite existait un kyste dermoïde du volume du poing qui fut enlevé rapidement.

Il n'est pas parlé des suites opératoires.

OBSERVATION XXXVII.

(BAUTOCK, cité par NIOSI, *Wirch. Arch.*, 1907.)

Kyste dermoïde du mésentère chez une femme.

Extirpation. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII.

(MAYER, *Wien. Klin. Woch.*, 1898.)

Femme de 42 ans, sans passé pathologique. Depuis quatre ans elle avait remarqué une tumeur arrondie dans le côté droit du ventre, augmentant progressivement de volume, mais sans déterminer de douleur. Ce n'est que depuis qu'elle est très volumineuse qu'elle occasionne de très vives souffrances. En dehors de cela état général très bon. Selle journalière.

A l'examen on constate que le ventre est volumineux, surtout à

droite. On y sent une tumeur arrondie de la taille d'une tête d'adulte. Elle occupe le côté droit, mais dépasse la ligne médiane et empiète à gauche. Elle est très nettement fluctuante. Si au palper elle est sensible, elle n'est pas, à proprement parler douloureuse. Au-dessus de la tumeur, une étroite bande sonore la sépare du foie. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. Par le toucher vaginal on ne peut toucher l'ovaire droit. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération. — Laparotomie. On découvre une tumeur légèrement adhérente. Son pôle supérieur est blanc, brillant, lisse, parcouru par de petits vaisseaux. Sur le versant postérieur de ce pôle se trouvent de petits kystes de la taille d'une myrtille ou d'une prune. La tumeur se laisse facilement attirer; on constate alors qu'elle n'a aucune connexion avec les organes génitaux, on voit nettement à ce moment, un fort épaissement du pôle supérieur.

Une fois extériorisée la tumeur se rompt vers la base; il en sort un magma caséeux. On peut alors la localiser.

De la taille d'une tête d'adulte, elle siège dans le mésentère au niveau de l'angle du côlon; elle paraît s'y implanter par un court pédicule épaissi large de 6 à 7 cm. Ce pédicule s'attache sur le mésentère au fond d'une dépression « en cuvette ». La tumeur se laissa facilement énucléer, l'hémorragie fut arrêtée au thermo. La malade guérit.

Examen de la pièce. — On trouva le kyste rempli d'une bouillie jaunâtre semblable à de la « soupe de pois secs ». Il y avait des cheveux noirs longs de 8 à 10 centimètres, enroulés. La face interne du kyste était brillante, elle donnait attache à de longs cheveux. Il s'agissait bien d'un kyste dermoïde. L'examen histologique fut confirmatif.

OBSERVATION XXXIX.

(FEDERMANN, *Deut. zeit. f. Chirurgie*, Leipzig, 1908.)

Il s'agit d'une femme de 25 ans qui entre à la fin de février à l'hôpital pour des coliques et des douleurs gastriques. Bien que pâle et chétive, elle n'a jamais eu de maladie.

Elle est mère de trois enfants. Le début de sa maladie en cours remonte à septembre 1917. Faisant un léger effort pour lever son enfant, notre femme ressentit brusquement une douleur très vive dans l'hypochondre gauche : elle s'irradiait vers l'épaule et vers le dos.

La malade n'éprouvait de soulagement qu'en se pliant en deux ou en se couchant « en chien de fusil ». Elle resta dans cet état pendant deux heures. Elle eut des nausées et des vomissements. Après cette crise, plus aucune douleur jusqu'à il y a deux semaines.

Survint alors une deuxième crise. Elle fut semblable à la première, mais encore plus violente et plus longue. Douleurs lombaires et dyspnée. Depuis cette époque la malade a toujours souffert. Elle a perdu l'appétit et a des accès de dyspnée. Elle assure avoir maigri dans ces derniers mois. A noter en outre depuis plusieurs années, des crises d'asthme.

Voici l'examen : on a affaire à une femme anémique, fortement amaigrie. On ne trouve rien au cœur ni aux poumons, les urines sont normales, il n'y a pas de fièvre. L'abdomen est quelque peu tendu, mais nulle part on ne décèle de la contracture. Il n'y a pas de résistance. Après plusieurs examens on finit par trouver sous le rebord costal gauche une tumeur arrondie qui semble un peu rénitente. Sa grande mobilité ne permet pas de la localiser. C'est une tumeur de la taille d'une orange. Elle est lisse, fortement tendue, élastique.

Ramenée de la ligne médiane sous les fausses côtes, si on l'abandonne, elle revient spontanément à sa place primitive, tant sa mobilité est grande. Il est impossible qu'il s'agisse d'une tumeur du gros intestin. Rien aux annexes. En fin de compte on pensa à une tumeur de l'épiploon ou du mésentère, ou de l'intestin grêle.

Opération (le 5 mars). — Incision dans l'hypochondre gauche, parallèle au rebord costal sur une longueur de 7 cm. Aucun exsudat péritonéal. En haut, sous les fausses côtes, on trouve une tumeur qui n'est extériorisée qu'avec difficulté. Elle est située entre les deux feuillets du mésentère vers l'angle duodéno-jéjunal. De la taille d'une orange, elle a la consistance d'un kyste très tendu. Elle arrive jusqu'à un demi-centimètre du rebord intestinal.

Vers la racine mésentérique, à 2 centimètres de la tumeur, on en voit une deuxième, également intra-mésentérique; elle est grosse comme une noisette. Nulle part ailleurs il n'y a de tumeur semblable.

Utérus et ovaires normaux. L'extirpation se fit, tantôt en décollant, tantôt en libérant la grosseur, des feuilletts mésentériques. Quelques vaisseaux furent liés. Le lit de la tumeur fut fermé par quelques points; suture de la paroi abdominale.

Suites normales. Dans les premiers jours la douleur du dos et de l'épaule réapparut. Elle s'évanouit vite pour toujours. Au deuxième jour l'opérée repartit avec une bonne cicatrice.

Examen de la tumeur. — Le kyste est uniloculaire. Il est rempli par une épaisse substance dermoïde. La paroi est épaisse de 3 millimètres, et par endroits, dure comme de l'os. On trouve 20 dents avec des prolongements de 1 à 5 millimètres, infiltrés de calcaire. Cheveux bruns. Le petit kyste a une constitution analogue.

OBSERVATION XL.

BELL and YEOMANN, *Brit. Méd. Journ. London*, 1908).

Femme de 24 ans mariée depuis six mois. Réglée à 16 ans, règles un peu capricieuses, abondantes, durent sept jours, s'accompagnant de douleurs lombaires. A 20 ans la malade a vu un orthopédiste pour les douleurs lombaires qui persistent en dehors des menstrues.

On la fit coucher en décubitus horizontal pendant dix mois. Elle ne tira aucun bénéfice de ce traitement.

Depuis trois ans les règles reviennent tous les dix jours, mais ne durent que deux ou trois jours. L'écoulement est moins abondant.

Depuis le mariage, mêmes troubles menstruels, mais les douleurs lombaires se sont accrues. Pas de constipation, rien du côté des urines.

La palpation de l'abdomen réveille au-dessus de la symphyse pubienne une sensation pénible avec sensation de plénitude accompagnée d'une certaine résistance. En somme, rien de précis.

Par les touchers rectal et vaginal on constate entre l'utérus et la vessie la présence d'une masse ronde semi-solide, sensible, mobile de la taille d'une grosse orange. Il était vraisemblable que cette masse était indépendante de l'utérus : celui-ci, en effet, était en légère rétroversion et ne semblait pas en rapport avec la vessie. On sentait nettement les deux ovaires hypertrophiés et sensibles.

Le résultat de cet examen laissait bien des choses obscures. Cette tumeur pelvienne, sans relation avec les ovaires, ne pouvait venir que de l'utérus, mais alors elle devait lui être unie par un très mince pédicule. En raison de l'âge de la malade on s'arrêta à l'hypothèse d'un fibromyome pédiculé. L'opération fut décidée.

Opération (mars 1908). — Laparotomie en position de Trendelenburg; la tumeur fut facilement extériorisée. C'était un kyste pesant, moulasse, gros comme une orange de Jaffa; il était situé entre les deux feuillets du mésentère jéjunal. Une anse intestinale l'enserrait tout en s'en tenant à un demi-centimètre. La portion du mésentère qui reliait la tumeur au mésentère était épaissie.

L'épiploon adhérait au kyste. On libère ces adhérences, on essaye ensuite d'énucléer le kyste d'entre les feuillets mésentériques mais tous ces efforts restèrent infructueux. Dans ces manœuvres, le kyste se déchira, et il en sortit une substance sébacée qui durcit rapidement. On se décida à réséquer le kyste. On lia les vaisseaux, la brèche mésentérique fut comblée. L'aspect de l'intestin nous donna quelques inquiétudes; sa congestion presque immédiate témoignait d'une bonne circulation; malgré tout nous nous décidâmes à réséquer l'anse intestinale (?). Ovaires sains.

Fermeture de l'abdomen. Après quelques vomissements et hoquet, le ventre devient souple, indolore, il y a une selle. Pouls à 80. Puis au bout de trois semaines, fistule par laquelle sort du pus en grande quantité : on referme, on envoie la malade à la mer, puis nouvelle fistule, celle-ci nettement stercorale. L'observation se termine là.

OBSERVATION XLI.

(Ferdinand EHLER, Pilgram, *Revue de médecine tchèque*, 1908.)

Femme de 22 ans, jusque-là très bien portante. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, la malade reçut de son frère un coup de pied dans le ventre. Le traumatisme n'eut pas de conséquences immédiates. Cependant, une semaine après, la malade sentit dans la région où aurait porté le coup, profondément, une petite tumeur qui, depuis, n'a cessé de croître.

L'examen fait à l'hôpital montre qu'on est en présence d'une tumeur sphérique située dans la moitié gauche de la cavité abdominale. Elle s'étend du ligament de Poupart au rebord costal. Cette tumeur est élastique, indolente, légèrement mobile et ne détermine aucun trouble.

On fit une laparotomie. La tumeur fut enlevée après une incision du mésocôlon descendant. Le pôle supérieur était adhérent à l'uretère. Après avoir libéré celui-ci on parvint à palper le rein gauche. On put alors sentir vers son hile trois kystes de la grosseur d'un poing et disposés en feuille de trèfle.

Tous ces kystes étaient remplis d'une substance semblable à de la bouillie de riz mélangée à des particules légèrement luisantes.

La paroi du kyste mobile était constituée par du tissu conjonctif recouvert d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Guérison au bout de sept semaines sans complications.

OBSERVATION XLII.

(ZERENINE, Moscou, *Journal de chirurgie*, 1909.)

Femme de 53 ans. Tumeur abdominale parue il y a quinze ans (1907). Deux laparotomies ont été faites antérieurement sans que l'on enlève la tumeur.

Malade anémiée. Abdomen volumineux distendu. On constate avec de l'ascite une tumeur solide, mamelonnée, occupant toute

la moitié droite de l'abdomen. Elle est sans rapport avec le foie et les organes génitaux. Elle est légèrement mobile, elle semble provenir de l'espace rétropéritonéal droit ou de la région rénale. En outre, sur la ligne médiane, on sent des boyaux durs, bosselés, gros comme le poing et assez mobiles. On fait le diagnostic de sarcome rétro-péritonéal. Intervention sur le ventre de la malade en septembre 1907. Evacuation de 10 litres de liquide sanglant. Une énorme tumeur rétropéritonéale occupe toute la moitié droite de l'abdomen. En outre deux autres tumeurs grosses comme le poing, semblables à la précédente s'insèrent sur le mésentère par un pédicule. On les enlève et on ne touche pas à la principale masse que l'on croit être un sarcome.

L'examen microscopique des tumeurs enlevées ayant démontré qu'il s'agissait d'un embryome ovarien, on suppose que la tumeur principale est de même nature.

Sur les instances de la malade, nouvelle intervention; on enlève aisément la tumeur, mais infection et mort 8 jours après.

Structure identique de toutes ces tumeurs. Il s'agit de tumeur composée des éléments du tissu ovarien embryonnaire ne présentant aucun caractère de malignité. On y constate des tubes de Pflüger, des vésicules de Graaf, des cellules à luteine et des kystes enveloppés aux dépens des follicules de Graaf.

Je suppose qu'il s'agit là d'un embryonne développé aux dépens de tissu ovarien resté dans la région lombaire au cours du développement de l'ovaire.

OBSERVATION XLIII.

(WESTERMANN, *Nedel. Tijdsch. voor Geneskunde*, mai 1911.)

En 1907, une jeune fille est admise dans un service de médecine à l'hôpital. Elle entre parce que son ventre est très augmenté de volume; il est en tonneau. On ponctionna et on retira 5 litres d'un liquide crémeux qui contenait beaucoup de graisse, des cellules, des leucocytes. Mis au repos il laissa dans le vase un dépôt abondant. L'enfant semblait alors guérie mais le diagnostic restait en

suspens. Huit mois après, l'abdomen augmenta de nouveau. Ponction, mais cette fois le liquide était clair; cela fit soupçonner l'existence d'une péritonite tuberculeuse, d'autant que la malade très amaigrie regagna rapidement le poids et reprit les forces.

Le 2 décembre elle est subitement prise de coliques très violentes. Le volume du ventre s'est accru encore une fois. L'aspect clinique avait alors changé. Par la percussion on mettait en évidence la présence du liquide, mais en outre on sentait deux tumeurs, l'une en dessus de l'ombilic, l'autre dans le petit bassin. Bientôt survinrent des vomissements d'occlusion. Laparotomie. On trouve deux kystes dermoïdes, l'un de l'ovaire gros comme une tête d'enfant et une tumeur saillante dans le mésentère de l'intestin grêle grosse comme le poing. Entraînée par son poids, cette tumeur avait basculé en avant tout en se tordant. L'intestin adhérent au kyste avait suivi le mouvement et l'occlusion s'était produite.

On extirpa les deux tumeurs, on réséqua la portion correspondante à la tumeur de l'intestin lésé. La guérison fut complète.

OBSERVATION XLIV (Traduite).

(G. SOLARO, *La clinica chirurgica*, 31 déc. 1911.)

Il s'agit d'un garçonnet de 4 ans et demi. Il entre à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen. Son existence a été remarquée il y a trois mois environ. A ce moment elle avait la taille d'un œuf. Elle a augmenté de volume progressivement, n'amenant aucun trouble fonctionnel. Aujourd'hui elle a la taille d'une orange, elle est arrondie, lisse, de consistance ferme. Elle siège à droite et un peu au-dessous de l'ombilic. Elle est mobilisée par les mouvements respiratoires. La contraction de la paroi abdominale la fait disparaître. Elle est extrêmement mobile dans tous les sens. Elle se déplace avec les changements de position du molaire. A la percussion : zone de submatité entourée d'une zone de tympanisme.

Diagnostic. — Tumeur du mésentère, sans préjuger de sa nature.

Opération. — On trouve un kyste entre les deux feuillets du mésentère. Le kyste arrive jusqu'à environ deux centimètres du

bord adhérent de l'intestin. Il occupe le mésentère de l'iléon où il s'avance jusqu'à 1 centimètre environ de la terminaison dans le cæcum.

On incise un feuillet mésentérique dans le sens des vaisseaux. L'énucléation du kyste se fait très facilement. Il n'y a pas d'hémorragie.

Examen de la pièce. — Kyste dermoïde vrai à paroi cutanée avec contenu butyreux semé de poils.

OBSERVATION XLV.

(H. SOUBEYRAN, *Bull. Soc. chir. Paris*, mars 1912.)

Il s'agit d'une femme de 41 ans, vue le 3 novembre 1911. Elle présentait tous les signes d'une péritonite de moyenne intensité. La crise datait de la veille; mais un an auparavant elle avait eu une crise analogue bien que moins forte à ce moment-là, on avait constaté l'existence d'une tumeur abdominale, siégeant au voisinage de l'ombilic. Le ventre était le siège d'un ballonnement notable; il y avait une constipation opiniâtre. Le pouls était à 96 et la température à 38°. A gauche de l'ombilic et un peu au-dessous de lui, on sentait une tumeur arrondie, rénitente, dépassant le volume du poing. Elle était fort douloureuse à la pression et immobile dans tous les sens.

L'intervention fut pratiquée le jour même (3 novembre 1911). Anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales sont dilatées et vascularisées. Il existe un exsudat péritonéal louche mais peu abondant. La tumeur est facilement mise à découvert; elle est située près de la ligne médiane, au-dessous et à gauche de l'ombilic. Elle possède seulement un peu de mobilité latérale. On ne peut l'attirer au dehors; aussi, pour la bien aborder, on est obligé d'agrandir l'incision sur le côté gauche de l'ombilic.

Elle est située dans le dédoublement des feuillets du mésentère à très peu de distance du bord mésentérique de l'intestin.

La tumeur est recouverte par l'épiploon adhérent à sa surface.

La paroi du kyste est épaisse et indurée. Elle est recouverte par le péritoine du mésentère qui, lui aussi, est épaissi et très adhérent à la paroi propre de la poche. L'épiploon est libéré facilement sans qu'il soit nécessaire de placer sur lui des ligatures. On essaye d'inciser le mésentère et de disséquer la paroi propre du kyste; on ne peut y réussir. Dès lors on incise le kyste; il s'en écoule une matière sébacée jaunâtre, demi-solide, que l'on reçoit sur des compresses. On peut alors isoler la paroi propre du kyste; on trouve facilement entre elle et la paroi du kyste un plan de clivage et l'on enlève la poche en totalité. Elle est indurée, parcheminée, épaisse de plusieurs millimètres. Il ne se produit pas d'hémorragie entre les feuilletts propres du mésentère qui sont réunis l'un à l'autre par la suture, après résection d'une portion exubérante. La plaie abdominale est fermée par une suture en trois plans.

Le soir même de l'opération, la réaction péritonéale tend à se calmer, la température est à 36° 5, le pouls à 80. Les fils ont été enlevés le huitième jour et la guérison a été obtenue sans incident.

CONCLUSION

I. — Les kystes dermoïdes du mésentère sont une affection relativement rare. Le nombre peu élevé des observations en fait foi. La rareté de leur découverte tient sans doute à ce que ces affections *peuvent rester latentes* toute la vie ou ne se révéler que par des *complications* auxquelles elles donnent lieu. C'est ainsi que nombre des observations que nous publions sont des trouvailles d'autopsie..

II. — On les trouve *surtout chez la femme* : environ deux femmes pour un homme.

III. — Ces tumeurs, *bénignes en elles-mêmes*, ne deviennent dangereuses que par les *complications* qu'elles peuvent présenter :

a) *Complications intrinsèques*, ruptures, infection.

b) *Complications de voisinage* : occlusions intestinales ou simples compressions.

c) *Complications générales* : retentissement sur l'état général par les troubles qu'elles apportent aux fonctions digestives. Amaigrissement et, nous insistons sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire qui, dans nombre de nos observations, coïncide avec l'existence de kyste dermoïde.

IV. — *Le traitement*, uniquement chirurgical, comportera l'extirpation pure et simple, ou, si cette intervention est impossible, la marsupialisation.

VU, *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
P. BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 juillet 1932.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFIERI. — *Annali di Obstetrica y Gynecologia*, 1905.
- ANDRAL. — Obs. II de Pakowski, in *Précis d'Anat. path.*, t. II, Paris, 1839.
- ARHENS. — *Langeuberg arch.*, Bd LXIV, 1901.
- ARCKION. — Etude sur les kystes du mésentère. Thèse Paris, 1891.
- AUGAGNEUR. — Thèse d'agrégation en 1886. Les tumeurs du mésentère, Lyon.
- BALL (C. F.). — A possible Roentgen sign. in certain types of mesenteric cysts. *Am. I. Roentgenol.*, N.-Y., 1917, IV, p. 250-252.
- BAUER. — Beitr. z. Klin. Chir. T. LXV, f. 1-2, août 1911.
- BAYER. — Bruns Beitr, Bd, XLI, 1904.
- BERTHIER et MILIAN. — Kystes dermoïdes du mésentère. *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, 1899.
- BLANC. — Diagnostic des tumeurs du mésentère. *Rev. Med. y Chir. pract.* Madrid, 1907.
- BONIFIGLI. — *Revista clinica di Bologna*, 1875.
- BRAQUEHAYE. — *Arch. gén. de chir.*, 1892, sept.-oct.
- BROUHA. — *Revue de chirurgie*, 1902. Confusion d'un kyste dermoïde du mésentère avec kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large et décollement du feuillet postérieur.
- CÉRUTI. — Di un caso di cisti dermoïde a sviluppo del méso appendice. *Rev. di Chir. Como*, 1922, I, p. 122-124.
- CHARRIER et TRAISSAC. — *Bordeaux chirurgical*, t. II, juill. 1930.
- CIARLO. — Un cas de kyste sébacé du mésentère. *La Semana medica*, Buenos-Ayres, juin 1927.
- COLLET. — Essai sur les kystes du mésentère. Thèse Paris, 1884, n° 178.

COLLEY. — Kyste du mésentère ayant déterminé une occlusion intestinale. *Brith. Med. Journ.* 1906, p. 953.

CORNILS. — Ueber dermoïdcysten des mesenteriums. *Deutsche zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1920, C. III, p. 399-413.

CORNIOLEY. — Contribution à l'étude des kystes mésentériques. *Lyon chirurgical*, 1926, p. 565-585.

COTTE et SIGAUD. — Kyste dermoïde du mésentère. *Lyon médical*, 1912, p. 295.

CHAVANNAZ et GUYOT. — Traité de Chirurgie, 1913. Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère.

CRUVEILHIER. — *Bull. Soc. Anat.* 1831, p. 43.

DAUTZEL. — *Arch. v. Klin. chir.*, 1879, Bd. XVII.

DEAVER. — Communication à l'Académie de chirurgie de Philadelphie, 1^{er} février 1909.

— In. *Annals of Surgery*, T. XLIX, n° 5, mai 1909, p. 618-627.

DELMEZ. — Kystes du mésentère. Thèse Paris, 1891.

DEMON. — Kyste multiloculaire du mésentère.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, T. VII, 1892, p. 922.

DURET. — Kyste séreux du mésentère, traité par extirpation. *Journ. Sciences méd.* Lille.

ENGLAENDER. — *Zentr. f. Allgem. path. ind. path. anat.*, 1902.

FEDERMANN. — Sur un cas opéré et guéri de kyste dermoïde du mésentère. *Journ. de Chir.* 1909, T. I, p. 74.

FRAENKEL. — *Wiener Medic. Jour.*, n° 29, juill. 1883. Ueber dermoïdcyst des ovariums und gleichzeitige dermoïd. (mit naaren) in péritoneum.

GOEBEL. — *Deutsch. zeitschr. f. chir.*, Bd. LXI, 1901.

GOLDSMITH. — *Surg. gynecol. and obstetr.*, 1909.

GUENIOT et BLUM. — Volumineuse tumeur du mésocôlon sigmoïde simulant une grossesse ectopique. *Bull. soc. obstétr. gynécol.*, Paris, 1926, p. 381-386.

HONGMANN. — *Beill. Klin. Woch.*, n° 27, 1911, p. 1232.

HOUZEL (de Boulogne). — Kyste dermoïde du mésentère traité par marsupialisation. Guérison. *Bull. et mém. soc. chir. Paris*, 1909, p. 1307-1310.

— *Arch. Prov. chir. Paris*, n° 9, 5 mars 1912, p. 347.

- KUSTER. — Cité par Houzel. *Ein Chirurg. Triennum*, Berlin, 1882.
- LAFLIZE. — *Bacher Journ. d. Méd.*, I, XLI, p. 304-1792.
- LARGEY et CAHEN. — Un cas de kyste du mésentère simulant l'appendicite. *Bull. et mém. soc. anat. Paris*, 1910, p. 1170.
- LATRONCHE. — Kyste dermoïde du mésentère. *Journ. scient. et méd. Poitiers*, janv. 1913.
- LAUNAY. — Rapporte le cas de Schmidt de Nice (Société chir. Paris, 1910).
- Sur une observation de kyste dermoïde du mésocôlon transverse. *Soc. chir.*, 1903, p. 923.
- LEMICHEZ. — Kyste dermoïde supposé. *Soc. anat. Lille*, 1895.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chir.*, t. I, VIII, 1899.
- LEXER. — *Arch. v. klin. chir.* Bd. LXI, n° 3, 1900.
- MAGNE (Ch.). — Kystes dermoïdes du mésentère. Thèse Montpellier, 1912, n° 103.
- MILLER Ord. et Ch. BRODIE SEWEL. — *Méd. chir. traus.*, vol. LXIII, 1880.
- MECKEL. — *Deutsch. arch. f phys.*, I, 1815 (cité par Lebert).
- MAUTEL. — *Ueber dermoïdeysten des ovariums*. Heidelberg, 1892.
- MARCHAUD. — *Breslauer aertz. zeitschr.*, 1881.
- MOYNIHAN. — *The Med. chron.*, vol. 36, 1902.
- NANDROT. — Kyste dermoïde du méso-appendice (Rapport de J. Ocizinzye.). *Bull. Soc. chir. Paris*, 1921, séance du 27 avril.
- NIOSI. — *Wirchows archiv*, p. 217-238, 1907.
- NOTTA. — Du mésentère. *Union médicale*, 1883, t. II, p. 748.
- PAKOWSKI. — Les kystes dermoïdes du mésentère. *Arch. gén. chir. Paris*, oct. 1912, t. VI, n° 10, p. 1029-1140.
- PARDO CASTELLO. — Kyste dermoïde du mésentère. *Revista de medicina y chirurgia*, La Habana, juill. 1913, p. 353-357.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, t. I, p. 1110, 1880.
- PIERMARINI. — Cisti dermoïde del Mésentère. *Riforma Med. Napoli*, 1925, p. 1224.
- Pratique médico-chirurgicale*, t. V, p. 588-590, Paris, 1931.
- SAEUGER et KLOPP. — *Arch. gén. chir.*, 1880.
- SCHMIDT. — Kyste dermoïde du mésentère. *Bull. et mém. Soc. chirur. Paris*, 1909, p. 1307, 1310.

- SCHOENHOLZER. — *Ziegels Beitr.*, Bd. XL, 1906.
- SOLARO (G.). — Cyste dermoïde del mesotenue. *Clin. chir. Milano*, 1911, t. XIX, p. 2410-2416.
- POMMER (R.). — Primary dermoïds in mesentery. *Beitr. z. Klin. chir.*, 124, 84, p. 102, 1921.
- SOUBEYRAN. — Kyste dermoïde du mésentère. Ablation totale de la poche; guérison (Rapport de Kirmisson). *Bull. et mém. Soc. chir. Paris*, 1912, N. S., XXXVIII, p. 344-349.
- Examen histologique du kyste du mésentère. *Bull. et mém. Soc. chir. Paris*, 1912, N. S. XXXVIII, p. 364-368.
- STUBEURAUCH. — Ass. Méd. de Munich, 8 mars 1911, in *Berlin. Klin. Woche*, p. 817, 1911.
- TARSIA. — Kyste dermoïde du mésentère. *Studium Napoli*, 1914.
- TARUFFI. — Storia della Teratologia, Bologne, 1886, t. IV.
- TEDENAT. — Kyste dermoïde du mésentère. *Bull. et mém. Soc. chir. Paris*, 1922, p. 403-409, févr.
- THÉVENARD. — Volvulus de l'iléon déterminé par un kyste dermoïde du mésentère. *Soc. chir. Paris*, juill. 1913.
- VESTERMANN. — Kyste dermoïde du mésentère. *Néderland tydschrift. voor geneskunde*, 1911, t. I.
- VILLAR. — Kyste du mésentère avec torsion de l'intestin. *Journ. de méd. Bordeaux*, 1917, XVII, p. 185.
- WILLEMS. — Kyste dermoïde du méso-appendice (nature discutée). *Beitrag zum klinschen chirürgie*, août 1913.
- WRIGHT. — *British medical Journal*, nov. 1900.

